Dati del paziente da ammettere ai Servizi di Riabilitazione	**Azienda di Servizi alla Persona** *"GOLGI – REDAELLI"* **ISTITUTO GERIATRICO "P. REDAELLI"** **Via Bartolomeo d'Alviano, 78 – 20146 Milano** **Tel 02.413151 - fax 02.4120871**	MOD 05_06 **Rev. 01 del 22/03/2022**

COGNOME: _____NOME:_____

NATO A:_____IL:_____

STATO CIVILE:_____PROFESSIONE:_____

ISTRUZIONE: _____RESIDENTE A: _____

VIA:_____MAIL_____TEL_____

PROVENIENZA_____ TESSERA SAN:_____

CODICE FISCALE: _____ DOCUMENTO ID.:_____

MEDICO CURANTE DOTT._____TELEFONO_____

Al momento il paziente:	**Prima dell'evento indice il paziente richiedeva assistenza:** **❑ No ❑ Si**
❑ Vive con il coniuge ❑ Vive con figli/parenti ❑ Vive con badante ❑ Solo/a	Se la risposta affermativa, l'assistenza era fornita: ❑ Per mezza giornata ❑ Per tutta la giornata ❑ Giorno e notte

Persona di riferimento _____

Gradi di parentela_____Tel._____

- Il paziente ha già effettuato ricoveri di riabilitazione: **❑ No** **❑ Si**
- Se "SI", indicare l'anno:_____ed il mese _____dell'ultimo ricovero
- Il rientro al domicilio del paziente è ritenuto ❑ Certo ❑ Probabile ❑ Non praticabile
- E' stata attivata una pratica di ricovero presso Residenza Sanitaria Assistita? **❑ No ❑ Si**

Familiari/conoscenti disponibili (Cognome, Nome, parentela, Indirizzo, telefono)

_____

_____

Allegare:
- Richiesta S.S.N. Medico Curante o Specialista
- Copia Tessera sanitaria
- Copia GREEN PASS o Scheda Vaccinale
- Copia Documento identità
- Copia Codice Fiscale